

10. Änderungsvereinbarung

zum

Vertrag

**zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie
gemäß § 140a SGB V**

zwischen der

BARMER

BARMER

Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin

vertreten durch den Vorstand

(„BARMER“)

und der



BDRh Service GmbH

Dr.-Max-Straße 21, 82031 Grünwald

vertreten durch die Geschäftsführung

(„BDRh-SG“)

§ 1 **Vertragsänderungen**

Die nachfolgenden Regelungen treffen inhaltliche Änderungen des Vertrages zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie vom 01.05.2016 in der Fassung der 9. Änderungsvereinbarung vom 01.10.2021 und werden wie folgt zum 01.01.2023 geändert werden:

1. Ersetzen des § 3 Abs. 5 des Vertrages

Anstelle von:

„Versicherte müssen ihre Teilnahme an dieser Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1), die ihnen durch den Rheumatologen oder Kinder- und Jugendrheumatologen nach ausführlicher Beratung und Aushändigung der Patienteninformation (Anlage 6.2) vorgelegt wurde, schriftlich erklären. Die Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung wird dem aus der Anlage 3 ersichtlichen Rechenzentrum übersandt. Die Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung wird von dort der BARMER entsprechend der Vorgaben der Anlage 4 Punkt 2 weitergeleitet.“

wird folgende Regelung getroffen:

„Versicherte müssen ihre Teilnahme an dieser Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1), die ihnen durch den Arzt nach ausführlicher Beratung und Aushändigung der Patienteninformation (Anlage 6.2) vorgelegt wurde, schriftlich erklären. Die Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung wird entsprechend der Vorgaben der Anlage 4 Punkt 2 an die BARMER weitergeleitet.“

2. Redaktionelle Anpassungen im Vertragstext

In den §§ 6-9 werden bei den Aufgaben / Leistungen der Fachärzte bei den Rheumatologen, Kinder- und Jugendrheumatologen, bei der Kooperation zwischen den Ärzten und bei den Aufgaben der BdRh-SG jeweils die Ambulanzen ergänzt.

3. Ersetzen der §§ 6-8

Anstelle von:

**„§ 6 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Rheumatologen, Kinder- und
Jugendrheumatologen sowie der Ambulanzen**

Der Rheumatologe, Kinder- und Jugendrheumatologe sowie die Ambulanz verpflichten sich während ihrer Teilnahme zu folgenden Leistungen:

Verdachtsdiagnose

- (1) Im Rahmen der Überweisung durch einen Hausarzt nimmt der potentiell teilnehmende Versicherte Kontakt mit der Praxis des Rheumatologen zur Terminvereinbarung auf. Der Rheumatologe verpflichtet sich grundsätzlich zur Terminvergabe für die Erstberatung zur Inanspruchnahme innerhalb von 14 Kalendertagen, außer dies ist aufgrund von Urlaub oder Krankheit nicht möglich. In dringenden Fällen erfolgt die Terminvergabe umgehend. Diese kurzfristige Terminvergabe soll bei Erstvorstellung auch im Vorgriff auf eine eventuelle Vertragsteilnahme stattfinden. Die Praxis prüft die Teilnahmeberechtigung des Versicherten zur Inanspruchnahme.
- (2) Innerhalb der Erstberatung erfolgt die Information und Beratung des Versicherten über die Leistungsinhalte dieses Vertrages und die Teilnahmevoraussetzungen. In diesem Rahmen erfolgt durch die Praxis des Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen die Einschreibung des Versicherten mit den vollständig ausgefüllten Teilnahmeunterlagen (Anlage 6.1 bis Anlage 6.2) in diesen Vertrag.
- (3) Mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung nimmt der Versicherte teil und der Rheumatologe erbringt die Leistungen gemäß dieses Paragraphen und der Anlage 3 dieses Vertrages. Der Rheumatologe erstellt für den Versicherten eine Information zu dessen spezifischem Erkrankungsbild gemäß Anlage 13.
- (4) Der Rheumatologe ist verpflichtet zur gesicherten Diagnosestellung durch diagnostische und differenzialdiagnostische auch bildgebende Untersuchungen sowie Durchführung bzw. Veranlassung des Speziallabors und Erhebung und Dokumentation aller vertragsgemäßen Zielgrößen (s. Anlage 8).

Therapie der gesicherten Diagnose durch den Rheumatologen

- a) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach Anlage 16 und nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
- b) Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:
 - rheumatoide Arthritis (RA):

bei früher RA (Krankheitsdauer < 1 Jahr)
DAS28 < 2.6; Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 30 %

bei später RA (Krankheitsdauer > 1 Jahr)
DAS28 < 3.2; Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 10 %

Definition Remission = DAS < 2.6;
 - axiale Spondyloarthritis (Spa): BASDAI < 4.0 nach ½ Jahr Behandlung
 - Psoriasisarthritis (PsA): z.B. DAS 28 < 2.6 nach ½ Jahr Behandlung bei > 30 % der Patienten.
- c) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der im qualifizierten Arztbrief enthaltenen Befunde bzw. Fragestellungen / Überweisungsgründe;
- d) Aufklärung des Versicherten über den Behandlungsplan;

10. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie

- e) Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- f) Erstverordnung erforderlicher ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungen und der notwendigen Maßnahmen, z. B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Verordnung von biotechnologischen DMARDs (bDMARDs = Biologicals / Biosimilars) durch den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
- g) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10;
- h) Einleitung geeigneter Maßnahmen in Ansehung der übermittelten Hinderungsfaktoren mit dem Ziel, dass der Versicherte die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;
- i) Konsiliarische Erörterung zwischen Rheumatologen bzw. einer Ambulanz und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- j) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Versicherten zur Übergabe an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
- k) Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen (vgl. Anlage 3) Festlegung von kurzfristigen Wiedervorstellungsterminen (tight control) mit dem Ziel einer möglichst raschen und effektiven Verringerung der Krankheitsaktivität sowie der Verhinderung von Hospitalisierungen, insbesondere bei der rheumatoiden Arthritis;
- l) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- m) Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Informationen (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlichen sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen.
- n) Nach Erfüllung des fachärztlichen Behandlungskomplexes im Sinne des § 6 und Anlage 3 erfolgt die Rücküberweisung des teilnehmenden Versicherten an den behandelnden Hausarzt. Diesem werden mit dem qualifizierten Arztbrief gemäß Anlage 1 die entsprechenden Untersuchungsergebnisse und Diagnosen mit weitergehenden Behandlungsempfehlungen, inklusive aller gesicherten Diagnosen, insbesondere aller therapierelevanter Begleit- und Folgeerkrankungen (Diagnosecodierung gem. ICD-10 Schlüssel), übermittelt.
- o) Der Rheumatologe ist verpflichtet binnen 14 Tagen den behandelnden Hausarzt über die Teilnahme des Versicherten an der BV und die Teilnahmemöglichkeit an diesem Vertrag zu informieren.

Therapie der gesicherten Diagnose durch den Kinder- und Jugendrheumatologen

- a) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
- b) Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:

10. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie

- Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Arthritis und Enthesitis und Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Oligoarthritis:
 - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS10 \leq 2
 - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS10 \leq 1
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF+);
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF-)
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Psoriasisarthritis
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), systemisch (M. Still):
 - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS10 \leq 3,8
 - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS10 \leq 1
- c) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der im qualifizierten Arztbrief enthaltenen Befunde bzw. Fragestellungen / Überweisungsgründe
- d) Aufklärung des Heranwachsenden bzw. dessen Eltern über den Behandlungsplan;
- e) Patientenbezogene Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- f) Erstverordnung erforderlicher ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungen und der notwendigen Maßnahmen, z. B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Verordnung von biotechnologischen DMARDs (bDMARDs = Biologicals / Biosimilars) durch den Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. die Ambulanz;
- g) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10;
- h) Einleitung geeigneter Maßnahmen in Ansehung der übermittelten Hinderungsfaktoren mit dem Ziel, dass der Heranwachsende die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;
- i) Konsiliarische Erörterung zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- j) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Versicherten zur Übergabe an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
- k) Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen (vgl. Anlage 3) Festlegung von kurzfristigen Wiedervorstellungsterminen (tight control) mit dem Ziel einer möglichst raschen und effektiven Verringerung der Krankheitsaktivität sowie der Verhinderung von Hospitalisierungen, insbesondere bei der juvenilen idiopathischen Arthritis;
- l) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- m) Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Informationen (DIMDI) und Anwendung der geltenden

Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen.

- n) Nach Erfüllung des fachärztlichen Behandlungskomplexes im Sinne des § 6 und Anlage 3 erfolgt ggf. die Rücküberweisung des teilnehmenden Versicherten an den behandelnden Hausarzt. Diesem werden mit dem qualifizierten Arztbrief gemäß Anlage 1 die entsprechenden Untersuchungsergebnisse und Diagnosen mit weitergehenden Behandlungsempfehlungen, inklusive aller gesicherten Diagnosen, insbesondere aller therapierelevanter Begleit- und Folgeerkrankungen (Diagnosecodierung gem. ICD-10 Schlüssel), übermittelt.
- o) Der Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet binnen 14 Tagen den behandelnden Hausarzt über die Teilnahme des Versicherten an der BV und die Teilnahmemöglichkeit an diesem Vertrag zu informieren.

Bildung und Koordination eines RA-Teams

Bildung und Koordination eines spezialisierten Teams mit einer rheumatologischen Fachassistenz („**RA-Team**“): Termine/Informationen, Zusammenführung der Therapieergebnisse, Patientenschulungen sowie Zusammenführung der Behandlungsergebnisse und Befunde. Weiterhin nachhaltige Motivation geeigneter Versicherter zur Teilnahme an der Dokumentation im RABBIT Register des Deutschen Rheumaforschungszentrums (DRFZ) sowie Durchführung der entsprechenden Dokumentation und Weitergabe an das DRFZ.

Transitionsprozess

- (1) Bei Heranwachsenden ggf. Durchführung gemeinsamer Transitionsgespräche mit dem Kinder- und Jugendrheumatologen;
- (2) Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (<https://www.gkjr.de/fur-arzte/transitionsunterlagen/>) und Übergabe an den Kinder- und Jugendrheumatologen und an den Hausarzt;
- (3) Aushändigung und Auswertung des vom Heranwachsenden auszufüllenden Evaluationsbogens nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und Übermittlung an den Hausarzt sowie an den Kinder- und Jugendrheumatologen.“

§ 7 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Kinder- und Jugendrheumatologen und der Ambulanzen

Der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz verpflichtet sich während seiner/ihrer Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:

- (1) Bei Heranwachsenden, die mindestens die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 des Vertrages erfüllen, Koordination des Transitionsprozesses und Durchführung der in § 8 Abs. 6 definierten Abläufe;
- (2) Transitionsgespräche mit den Heranwachsenden unter Hinzuziehung des Rheumatologen bzw. der Ambulanz, soweit möglich;
- (3) Übermittlung einer strukturierten Epikrise (Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufes) nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und an den Hausarzt;
- (4) Dokumentation und Übergabe der Checkliste Transition nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und den Hausarzt;
- (5) Dokumentation und Übergabe des vom Versicherten ausgefüllten Fragebogens nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und den Hausarzt;
- (6) Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (<https://www.gkjr.de/fur-arzte/transitionsunterlagen/>) und Übergabe an den Kinder- und Jugendrheumatologen und an den Hausarzt;
- (7) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Hausarzt und den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
- (8) Festlegung und Überprüfung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien.

§ 8 Kooperation zwischen den Ärzten

- (1) Nach Sicherung der Diagnose legen der Rheumatologe bzw. die Ambulanz den Therapieplan fest. Sie überprüfen nach Überweisung durch den Hausarzt regelmäßig, erforderlichenfalls mehrfach im Quartal (tight control) bzw. erforderlichenfalls einmal jährlich, den Therapieverlauf.
- (2) Nach Sicherung der Diagnose, Festlegung des Behandlungsplanes und der Kontrolluntersuchung durch den Rheumatologen bzw. die Ambulanz, und nach Rücküberweisung an den Hausarzt übernimmt dieser in angemessen enger Abstimmung mit dem Rheumatologen die weitere Koordination und Behandlung des Versicherten.

10. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie

- (3) Bei der Behandlung des Versicherten durch den Hausarzt berücksichtigt dieser die individuellen Zielwerte nach Anlage 2.
- (4) Bei Nichterreichen der Zielwerte gemäß Anlage 2 entscheidet der Hausarzt über weitere medizinisch notwendige Maßnahmen in angemessen enger Abstimmung mit dem Rheumatologen bzw. der Ambulanz.
- (5) Darüber hinaus sollte unabhängig vom Erreichen der Zielwerte und bei folgenden Sachverhalten eine Überweisung vom Hausarzt zum Rheumatologen bzw. zur Ambulanz erfolgen:
 - a) bei Auffälligkeiten in folgenden Bereichen: Laborwerte CRP und BSR, Leberwerte, Nierenwerte, Blutbild, wenn diese nicht auf andere Erkrankungen zurückzuführen sind;
 - b) bei erheblichen Medikamentenunverträglichkeiten;
 - c) bei Auftreten von Komplikationen im Zusammenhang mit der chronisch-entzündlichen Rheumaform und/oder anderen Erkrankungen, Symptomen des Versicherten (z.B. Wundheilungsstörungen, Infekte, Vaskulitiden, Atemnot etc.);
 - d) bei geplanten rheumachirurgischen Eingriffen.
- (6) Der Ablauf des Transitionsprozesses wird wie folgt gestaltet:
 - a) Der Kinder- und Jugendrheumatologe entscheidet gemeinsam mit dem Heranwachsenden über den Zeitpunkt der Transition des Heranwachsenden und leitet diese ein.
 - b) Nach Einschreibung in diesen Vertrag beginnt der Kinder- und Jugendrheumatologe die Transition. Im Rahmen dieser finden (Wieder-) Vorstellungen beim Kinder- und Jugendrheumatologen und Rheumatologen statt;
 - c) Im Zuge des ersten Gesprächs wird ein Fragebogen nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie dem Heranwachsenden ausgehändigt. Der Kinder- und Jugendrheumatologe füllt für den Heranwachsenden die Checkliste zu definierten Themenkomplexen nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie aus und aktualisiert diese im laufenden Transitionsprozess;
 - d) Im weiteren Behandlungsverlauf zur Vorbereitung der Übergabe an den Rheumatologen wird der Status des Heranwachsenden mittels eines Formblattes nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie erhoben und vom Kinder- und Jugendrheumatologen durch eine strukturierte Epikrise dokumentiert;
 - e) Im Rahmen des gemeinsamen Transitionsprozesses wird quartalsweise jeweils vom Kinder- und Jugendrheumatologen sowie vom Rheumatologen ein Kurzarztbericht nach nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und

Jugendrheumatologie erstellt und jeweils dem Hausarzt sowie dem Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. Rheumatologen übermittelt;

- f) Der Kinder- und Jugendrheumatologe und der Rheumatologe führen den Transitionsprozess gemeinsam durch, ggf. falls möglich vor Ort im Rahmen einer gemeinsamen Sprechstunde;
- g) Mit dem Heranwachsenden wird nach erfolgreichem Abschluss der Transition ein abschließendes Gespräch geführt. Zwecks Evaluation des Behandlungserfolgs füllt der Heranwachsende einen Evaluationsfragebogen nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie aus. Diesen übermittelt der Rheumatologe sowohl an den Kinder- und Jugendrheumatologen als auch an den Hausarzt;
- h) Nach Abschluss der erfolgreichen Transition erfolgt die weitere Behandlung als Versicherter nach Maßgabe der §§ 5 bis 8 dieses Vertrages.

Abs. 6 gilt für die Ambulanzen entsprechend.“

wird folgende Regelung getroffen:

„§ 6 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Rheumatologen, Kinder- und Jugendrheumatologen sowie der Ambulanzen

Der Rheumatologe, Kinder- und Jugendrheumatologe sowie die Ambulanz verpflichten sich während ihrer Teilnahme zu folgenden Leistungen:

(1) Verdachtsdiagnose

- a) Im Rahmen der Überweisung durch einen Hausarzt nimmt der potentiell teilnehmende Versicherte Kontakt mit der Praxis des Rheumatologen, des Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. mit der Ambulanz zur Terminvereinbarung auf. Der Rheumatologe bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz verpflichten sich grundsätzlich zur Terminvergabe für die Erstberatung zur Inanspruchnahme innerhalb von 14 Kalendertagen, außer dies ist aufgrund von Urlaub oder Krankheit nicht möglich. In dringenden Fällen erfolgt die Terminvergabe umgehend. Diese kurzfristige Terminvergabe soll bei Erstvorstellung auch im Vorgriff auf eine eventuelle Vertragsteilnahme stattfinden. Die Praxis prüft die Teilnahmeberechtigung des Versicherten zur Inanspruchnahme.
- b) Innerhalb der Erstberatung erfolgt die Information und Beratung des Versicherten über die Leistungsinhalte dieses Vertrages und die Teilnahmevoraussetzungen. In diesem Rahmen erfolgt durch die Praxis des Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. durch die Ambulanz die Einschreibung des Versicherten mit den vollständig ausgefüllten Teilnahmeunterlagen (Anlage 6.1 bis Anlage 6.2) in diesen Vertrag.

- c) Mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung nimmt der Versicherte teil und der Rheumatologe, der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz erbringen die Leistungen gemäß diesem Paragraphen und der Anlage 3 dieses Vertrages. Der Rheumatologe, der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz erstellen für den Versicherten eine Information zu dessen spezifischem Erkrankungsbild gemäß Anlage 13.
- d) Der Rheumatologe, der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz sind verpflichtet zur gesicherten Diagnosestellung durch diagnostische und differenzialdiagnostische auch bildgebende Untersuchungen sowie Durchführung bzw. Veranlassung des Speziallabors und Erhebung und Dokumentation aller vertragsgemäßen Zielgrößen (s. Anlage 8).

(2) Therapie der gesicherten Diagnose durch den Rheumatologen bzw. durch die Ambulanz

- a) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach Anlage 16 und nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
- b) Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:
 - rheumatoide Arthritis (RA):
bei früher RA (Krankheitsdauer < 1 Jahr)
DAS28 < 2.6; Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 30 %

bei später RA (Krankheitsdauer > 1 Jahr)
DAS28 < 3.2; Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 10 %

Definition Remission = DAS < 2.6;
 - axiale Spondyloarthritis (Spa): BASDAI < 4.0 nach ½ Jahr Behandlung
 - Psoriasisarthritis (PsA): z.B. DAS 28 < 2.6 nach ½ Jahr Behandlung bei > 30 % der Patienten.
- c) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der im qualifizierten Arztbrief enthaltenen Befunde bzw. Fragestellungen / Überweisungsgründe;
- d) Aufklärung des Versicherten über den Behandlungsplan;
- e) Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- f) Erstverordnung erforderlicher ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungen und der notwendigen Maßnahmen, z. B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Verordnung von biotechnologischen DMARDs (bDMARDs = Biologicals / Biosimilars) durch den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
- g) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10;

- h) Einleitung geeigneter Maßnahmen in Ansehung der übermittelten Hinderungsfaktoren mit dem Ziel, dass der Versicherte die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;
- i) Konsiliarische Erörterung zwischen Rheumatologen bzw. einer Ambulanz und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- j) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Versicherten zur Übergabe an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
- k) Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen (vgl. Anlage 3) Festlegung von kurzfristigen Wiedervorstellungsterminen (tight control) mit dem Ziel einer möglichst raschen und effektiven Verringerung der Krankheitsaktivität sowie der Verhinderung von Hospitalisierungen, insbesondere bei der rheumatoiden Arthritis;
- l) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- m) Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Informationen (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlichen sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arzteinformationssystemen.
- n) Nach Erfüllung des fachärztlichen Behandlungskomplexes im Sinne des § 6 und Anlage 3 erfolgt die Rücküberweisung des teilnehmenden Versicherten an den behandelnden Hausarzt. Diesem werden mit dem qualifizierten Arztbrief gemäß Anlage 1 die entsprechenden Untersuchungsergebnisse und Diagnosen mit weitergehenden Behandlungsempfehlungen, inklusive aller gesicherten Diagnosen, insbesondere aller therapierelevanter Begleit- und Folgeerkrankungen (Diagnosecodierung gem. ICD-10 Schlüssel), übermittelt.
- o) Der Rheumatologe bzw. die Ambulanz ist verpflichtet, binnen 14 Tagen den behandelnden Hausarzt über die Teilnahme des Versicherten an der BV und die Teilnahmemöglichkeit an diesem Vertrag zu informieren.

(3) Therapie der gesicherten Diagnose durch den Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. durch die Ambulanz

- a) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
- b) Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Arthritis und Enthesitis und Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Oligoarthritis:
 - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS₁₀≤2
 - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS₁₀≤1
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF+);
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF-)

10. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie

- Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Psoriasisarthritis
- Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), systemisch (M. Still):
 - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS10 \leq 3,8
 - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS10 \leq 1
- c) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der im qualifizierten Arztbrief enthaltenen Befunde bzw. Fragestellungen / Überweisungsgründe
- d) Aufklärung des Heranwachsenden bzw. dessen Eltern über den Behandlungsplan;
- e) Patientenbezogene Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- f) Erstverordnung erforderlicher ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungen und der notwendigen Maßnahmen, z. B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Verordnung von biotechnologischen DMARDs (bDMARDs = Biologicals / Biosimilars) durch den Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. die Ambulanz;
- g) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10;
- h) Einleitung geeigneter Maßnahmen in Ansehung der übermittelten Hinderungsfaktoren mit dem Ziel, dass der Heranwachsende die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;
- i) Konsiliarische Erörterung zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- j) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Versicherten zur Übergabe an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
- k) Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen (vgl. Anlage 3) Festlegung von kurzfristigen Wiedervorstellungsterminen (tight control) mit dem Ziel einer möglichst raschen und effektiven Verringerung der Krankheitsaktivität sowie der Verhinderung von Hospitalisierungen, insbesondere bei der juvenilen idiopathischen Arthritis;
- l) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- m) Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Informationen (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arzteinformationssystemen.
- n) Nach Erfüllung des fachärztlichen Behandlungskomplexes im Sinne des § 6 und Anlage 3 erfolgt ggf. die Rücküberweisung des teilnehmenden Versicherten an den behandelnden

Hausarzt. Diesem werden mit dem qualifizierten Arztbrief gemäß Anlage 1 die entsprechenden Untersuchungsergebnisse und Diagnosen mit weitergehenden Behandlungsempfehlungen, inklusive aller gesicherten Diagnosen, insbesondere aller therapierelevanter Begleit- und Folgeerkrankungen (Diagnosecodierung gem. ICD-10 Schlüssel), übermittelt.

- o) Der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz ist verpflichtet, binnen 14 Tagen den behandelnden Hausarzt über die Teilnahme des Versicherten an der BV und die Teilnahmemöglichkeit an diesem Vertrag zu informieren.

(4) Bildung und Koordination eines RA-Teams

Bildung und Koordination eines spezialisierten Teams mit einer rheumatologischen Fachassistenz („**RA-Team**“): Termine/Informationen, Zusammenführung der Therapieergebnisse, Patientenschulungen sowie Zusammenführung der Behandlungsergebnisse und Befunde. Weiterhin nachhaltige Motivation geeigneter Versicherter zur Teilnahme an der Dokumentation im RABBIT Register des Deutschen Rheumaforschungszentrums (DRFZ) sowie Durchführung der entsprechenden Dokumentation und Weitergabe an das DRFZ.

§ 7 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Rheumatologen, Kinder- und Jugendrheumatologen sowie der Ambulanzen im Rahmen der Transition

- (1) Der Rheumatologe bzw. die Ambulanz verpflichten sich während seiner/ihrer Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:
 - a) Bei Heranwachsenden ggf. Durchführung gemeinsamer Transitionsgespräche mit dem Kinder- und Jugendrheumatologen;
 - b) Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (<https://www.gkjr.de/fur-arzte/transitionsunterlagen/>) und Übergabe an den Kinder- und Jugendrheumatologen und an den Hausarzt;
 - c) Aushändigung und Auswertung des vom Heranwachsenden auszufüllenden Evaluationsbogens nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und Übermittlung an den Hausarzt sowie an den Kinder- und Jugendrheumatologen.
- (2) Der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz verpflichtet sich während seiner/ihrer Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:
 - a) Bei Heranwachsenden, die mindestens die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 des Vertrages erfüllen, Koordination des Transitionsprozesses und Durchführung der in § 8 Abs. 6 definierten Abläufe;

10. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie

- b) Transitionsgespräche mit den Heranwachsenden unter Hinzuziehung des Rheumatologen bzw. der Ambulanz, soweit möglich;
 - c) Übermittlung einer strukturierten Epikrise (Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufes) nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und an den Hausarzt;
 - d) Dokumentation und Übergabe der Checkliste Transition nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und den Hausarzt;
 - e) Dokumentation und Übergabe des vom Versicherten ausgefüllten Fragebogens nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und den Hausarzt;
 - f) Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (<https://www.gkjr.de/fur-arzte/transitionsunterlagen/>) und Übergabe an den Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. die Ambulanz und an den Hausarzt;
 - g) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Hausarzt und den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
 - h) Festlegung und Überprüfung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien.
- (3) Der Ablauf des Transitionsprozesses wird wie folgt gestaltet:
- a) Der Kinder- und Jugendrheumatologe entscheidet gemeinsam mit dem Heranwachsenden über den Zeitpunkt der Transition des Heranwachsenden und leitet diese ein.
 - b) Nach Einschreibung in diesen Vertrag beginnt der Kinder- und Jugendrheumatologe die Transition. Im Rahmen dieser finden (Wieder-) Vorstellungen beim Kinder- und Jugendrheumatologen und Rheumatologen statt;
 - c) Im Zuge des ersten Gesprächs wird ein Fragebogen nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie dem Heranwachsenden ausgehändigt. Der Kinder- und Jugendrheumatologe füllt für den Heranwachsenden die Checkliste zu definierten Themenkomplexen nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie aus und aktualisiert diese im laufenden Transitionsprozess;
 - d) Im weiteren Behandlungsverlauf zur Vorbereitung der Übergabe an den Rheumatologen wird der Status des Heranwachsenden mittels eines Formblattes nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie erhoben und vom Kinder- und Jugendrheumatologen durch eine strukturierte Epikrise dokumentiert;

- e) Im Rahmen des gemeinsamen Transitionsprozesses wird quartalsweise jeweils vom Kinder- und Jugendrheumatologen sowie vom Rheumatologen ein Kurzarztbericht nach nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie erstellt und jeweils dem Hausarzt sowie dem Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. Rheumatologen übermittelt;
- f) Der Kinder- und Jugendrheumatologe und der Rheumatologe führen den Transitionsprozess gemeinsam durch, ggf. falls möglich vor Ort im Rahmen einer gemeinsamen Sprechstunde;
- g) Mit dem Heranwachsenden wird nach erfolgreichem Abschluss der Transition ein abschließendes Gespräch geführt. Zwecks Evaluation des Behandlungserfolgs füllt der Heranwachsende einen Evaluationsfragebogen nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie aus. Diesen übermittelt der Rheumatologe sowohl an den Kinder- und Jugendrheumatologen als auch an den Hausarzt;
- h) Nach Abschluss der erfolgreichen Transition erfolgt die weitere Behandlung als Versicherter nach Maßgabe der §§ 5 bis 8 dieses Vertrages.

Abs. 3 gilt für die Ambulanzen entsprechend.

§ 8 Kooperation zwischen den Ärzten

- (1) Nach Sicherung der Diagnose legen der Rheumatologe bzw. die Ambulanz den Therapieplan fest. Sie überprüfen nach Überweisung durch den Hausarzt regelmäßig, erforderlichenfalls mehrfach im Quartal (tight control) bzw. erforderlichenfalls einmal jährlich, den Therapieverlauf.
- (2) Nach Sicherung der Diagnose, Festlegung des Behandlungsplanes und der Kontrolluntersuchung durch den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und nach Rücküberweisung an den Hausarzt übernimmt dieser in angemessener enger Abstimmung mit dem Rheumatologen bzw. der Ambulanz die weitere Koordination und Behandlung des Versicherten.
- (3) Bei der Behandlung des Versicherten durch den Hausarzt berücksichtigt dieser die individuellen Zielwerte nach Anlage 2.
- (4) Bei Nichterreichen der Zielwerte gemäß Anlage 2 entscheidet der Hausarzt über weitere medizinisch notwendige Maßnahmen in angemessener enger Abstimmung mit dem Rheumatologen bzw. der Ambulanz.
- (5) Darüber hinaus sollte unabhängig vom Erreichen der Zielwerte und bei folgenden Sachverhalten eine Überweisung vom Hausarzt zum Rheumatologen bzw. zur Ambulanz erfolgen:
 - a) bei Auffälligkeiten in folgenden Bereichen: Laborwerte CRP und BSR, Leberwerte, Nierenwerte, Blutbild, wenn diese nicht auf andere Erkrankungen zurückzuführen sind;

10. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie

- b) bei erheblichen Medikamentenunverträglichkeiten;
- c) bei Auftreten von Komplikationen im Zusammenhang mit der chronisch-entzündlichen Rheumaform und/oder anderen Erkrankungen, Symptomen des Versicherten (z.B. Wundheilungsstörungen, Infekte, Vaskulitiden, Atemnot etc.);
- d) bei geplanten rheumachirurgischen Eingriffen.“

4. Ersetzen der Anlagen 3, 4, 6.1, 6.2 und 11

Die Anlagen 3, 4, 6.1, 6.2 und 11 werden durch die anliegenden Anlagen 3, 4, 6.1, 6.2 und 11 ersetzt.

§ 2

Inkrafttreten der Änderungsvereinbarung

- (1) Die Änderungen in § 1 treten zum 01.01.2023 in Kraft.
- (2) Alle übrigen Regelungen des Vertrages bleiben hiervon unberührt.

§ 3

Anlagen dieser Änderungsvereinbarung

Der Vertrag und die Anlagen 3, 4, 6.1, 6.2 und 11 in der Fassung vom 01.01.2023 sind Anlage dieser Änderungsvereinbarung.

10. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie

Wuppertal,

BARMER
Detlef Böhler

Wuppertal,

BARMER
Christian Traupe

Grünwald,

BDRh Service GmbH
Sonja Froschauer